

KARI PUOLAKKA

LT, dosentti, osastonylilääkäri
Etelä-Karjalan keskussairaala,
sisätautien klinikka

HANNU KAUTIAINEN

biostatistikko
Folkhälsans forskningscentrum ja
KYS, yleislääketieteen yksikkö

VAPPU RANTALAIHO

LT, dosentti, kliininen opettaja
TAYS, Reumakeskus ja Tampereen
yliopisto, lääketieteen ja biotieteiden
tiedekunta

LAURI VIRTÄ

LKT, dosentti, tutkijalääkäri
Kela, tutkimusosasto, Turku

TUULIKKI SOKKA-ISLER

LT, professori, osastonylilääkäri
Keski-Suomen keskussairaala,
sisätaudit

MAIJA HAANPÄÄ

LT, dosentti, ylilääkäri
Keskinäinen eläkevakuutusyhtiö
Ilmarinen ja HUS, Töölön sairaala,
neurokirurgian klinikka

Reumapotilaiden siirtyminen työkyvyttömyyseläkkeelle vaihtelee sairaanhoitopiireittäin

LÄHTÖKOHDAT Nivel- ja selkärankareumapotilaat ovat vaarassa menettää toiminta- ja työkykynsä ilman tehokasta hoitoa. Selvitimme pysyvien työkyvyttömyyseläkkeiden ilmaantuvuudet sairaanhoitopiireittäin.

MENETELMÄT Kelan rekisteristä kerättiin tiedot työelämän käytettävissä olleista 18–64-vuotiaista, jotka saivat vuosina 2000–14 ensimmäisen kerran erityiskorvattavuuden nivel- (n = 18 694) tai selkärankareuman (n = 8 169) lääkkeisiin. Kullekin potilaalle etsittiin taustaväestöstä kolme verrokkia.

TULOKSET Sairaanhoitopiirin välillä oli merkitseviä eroja pysyvän työkyvyttömyyseläkkeen todennäköisyydessä niin nivel- (p < 0,001) kuin selkärankareumaan sairastuneilla (p < 0,001). Edellisillä riskitehden suhde taustaväestön riskiin vaihteli välillä 2,17 (Varsinais-Suomi) ja 3,40 (Keski-Pohjanmaa) ja jälkimmäisillä 1,53 (Päijät-Häme) ja 8,77 (Vaasa). Reuma oli päädiagnoosina 66 %:ssa nivelreuma- ja 55 %:ssa selkärankareumapotilaiden työkyvyttömyyseläkkeistä.

PÄÄTELMÄT Reumapotilaiden työkyvyn ennuste vaihtelee alueittain.

Työkyvyttömyyseläkkeelle joutumista voidaan käyttää hoitojärjestelmän tehokkuuden mittarina.

Nivelreuma (NR) ja selkärankareuma (SRR) ovat yleisimmät tulehdukselliset reumasairaudet. Kelan lääkekorvausrekisteristä arvioituna nivelreuman ilmaantuvuus on noin 42 uutta tapausta vuodessa 100 000 aikuista kohden. Reumalääkehoitoa vaativan selkärankareuman ja

Suomessa nivel- ja selkärankareuma diagnosoidaan ja hoito aloitetaan pääsääntöisesti sairaanhoitopiirin reumapoliklinikoilla (4). Kun tilanne on saatu vakiintumaan, vastuu jatkohoidosta voidaan siirtää työ- tai perusterveydenhuoltoon. Työkyvyttömyyseläkkeelle joutumista voidaan käyttää alueellisen hoitojärjestelmän tehokkuuden mittarina.

Reumasairauksien hoidon resursseissa on ollut ja on sairaanhoitopiirikohtaisia eroja (Suomen Reumatologisen Yhdistyksen julkaiseman selvitys), jotka todennäköisesti näkyvät työkyvyttömyyden todennäköisyydessä. Arvioitaessa reumahoidon ”nettovaikutusta” työkykyyn potilaita tulee verrata oman alueensa taustaväestöön.

Työkyvyttömyyden määrittely

Toimintakyky eli henkilön kyky suoriutua erilaisista tehtävistä on lääketieteellinen käsite; sitä arvioitaessa kuvataan sairauden aiheuttamia toimintarajoitteita. Työkyvyttömyys taas on juridinen käsite, joka riippuu kulloinkin sovellettavasta laista ja edellyttää tutkittavan työn tuntemista. Jos henkilö on kykenemätön tekemään tavallista työtään, hänellä on oikeus saira-

sen sukuisten spondyloartropatioiden ilmaantuvuus on ollut kasvussa ja oli vuosina 2010–2014 noin 18/100 000/vuosi (1). Reumaattinen tulehdus ja sen aiheuttamat kudosaivot johtavat usein toiminta- ja työkyvyn heikkenemiseen. Tämä on kuitenkin yhä paremmin estettävissä 1990-luvulta alkaen tehostuneilla lääketoimilla (2).

Nivel- tai selkärankareuman aiheuttama työkyvyttömyys osoittaa, että hoitotulos on huono. Sillä on suuria taloudellisia seuraamuksia: tuotantopanoksen vähentyminen muodostaa suurimman osan näiden sairauksien yhteiskunnallisista kustannuksista (3).

KIRJALLISUUSLUETTELO
JA LIITEAINESTO
pdf-versiossa
www.laakarilehti.fi

Sisällysluettelot
SLL 12/2019

VERTAISARVIOITU



uspäivärahaan 300 arkipäivän ajan (5). Mikäli työkyvyttömyys jatkuu tämän jälkeen, yksityisellä sektorilla työskentelevän alle 60-vuotiaan henkilön työkykyä arvioidaan suhteessa paitsi omaan työhön myös muihin mahdollisiin töihin, joita hänen voidaan kohtuudella edellyttää tekevän. 60 vuotta täyttäneillä työkyky suhteutetaan vain omaan vakiintuneeseen työhön (6).

Ammatillisen kuntoutuksen toimet ovat ensisijaisia eläke-etuuksiin nähden. Alueen väestö ja elinkeinorakenteella ja työllisyydellä sekä potilaan iällä ja koulutustasolla on merkitystä pohdittaessa, voidaanko hänet auttaa takaisin työelämään ammatillisen kuntoutuksen keinoin.

Tutkimuksemme tavoitteena on sairaanhoitopiirien vertaisanalyysi reumapotilaiden pysyvien työkyvyttömyyseläkkeiden ilmaantuvuuden suhteen. Vastaavaa tutkimusta ei ole aiemmin tehty.

Sairaanhoitopiirit, joilla on niukat resurssit, suoriutuivat työkyvyn ylläpidosta yleensä huonommin.

Aineisto ja menetelmät

Kela myöntää hakemuksesta erityiskorvattavuuden (koodi 202) nivel- ja selkärankareumapotilaiden reumalääkitykseen. Potilaat ovat tunnistettavissa päätösrekisteristä ICD-10-koodeilla M05 ja M06 (seropositivinen ja seronegatiivinen nivelreuma) sekä M45 ja M46 (selkärankareuma ja sen sukuiset spondyloartropatiat).

Tähän tutkimukseen otettiin mukaan kaikki ne 18–64-vuotiaat, jotka saivat vuosina 2000–14 ensimmäisen erityiskorvauspäätöksen reumalääkkeisiin nivelreuman tai selkärankareuman hoitoon ja jotka olivat työelämän käytettävissä. Väestörekisteri etsi kullekin potilaalle kolme verrokkia, joilla oli potilaan kanssa sama sukupuoli, ikä ja asuinpaikka korvauspäätöksen ajankohtana.

Työkyvyttömyysseuranta alkoi korvauspäätöspäivästä. Sairausvakuutuksen päiväraajakset (pääsääntöisesti ≥ 10 arkipäivää) poimittiin Kelan rekistereistä ja kuntoutustukijaksot sekä eläkkeet Kelasta ja Eläketurvakeskuksesta. Seuranta päättyi 31.12.2015 tai sitä ennen seuraaviin tapahtumiin: muu eläke kuin työkyvyttömyyseläke, vanhuuseläke, 65 vuoden ikä tai kuolema.

Tutkimuksen ensisijaisena tulosmuuttujana oli pysyvälle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen ja toissijaisena kaikkien työkyvyttömyyspäivien yhteenlaskettu määrä. Eläkepäättökseen kirjatus päädiagnoosin mukaisesti tarkasteltiin vielä erikseen 1) kaikkia työkyvyttömyyseläkkeitä ja 2) nivel- tai selkärankareuman ensisijaisesti aiheuttamia eläkkeitä. Laskettaessa työkyvyttömyyspäiviä yhdistettiin sairauspäiväraajakset sekä kuntoutustuet ja työkyvyttömyyseläkkeet. Jos kyseessä oli osasairauspäiväraha, osakuntoutustuki tai osatyökyvyttömyyseläke, toteutuneet päivät jaettiin kahdella.

Tilastokeskuksesta saatiin tieto koulutustasosta, jonka mukaan henkilöt jaettiin kolmeen ryhmään: 1) alempi ja ylempi perusaste, 2) keskiaste ja alin korkea-aste, 3) vähintään alempi korkeakouluaste.

Lisäksi muodostettiin 20 ryhmää sen mukaan, mikä oli potilaan (ja verrokin) kotikunnan sairaanhoitopiiri korvauspäätöksen päivämääränä. Ahvenanmaan maakunta jäi tarkastelun ulkopuolelle.

Potilaiden ja verrokkien koulutustasoja verrattiin käyttämällä χ^2 -testiä. Työkyvyttömyyseläkkeiden ilmaantumista estimoitiin Kaplan-Meierin menetelmällä, ja riskitehtävien suhteita (HR) suhteellisten riskien mallilla (Coxin regressio). Työpäivien menetyksen suhteellinen riski (IRR) arvioitiin käyttäen Poissonin regressiomalleja. Tilastollisissa analyyseissä käytettiin STATA 15.1 -ohjelmistoa.

Tulokset

Vuosina 2000–14 erityiskorvattavuuden reumalääkkeisiin sai 18 694 nivel- ja 8 169 selkärankareumapotilasta, jotka olivat työelämän käytettävissä. He muodostivat 67 % kaikista nivelreuma- ja 97 % kaikista selkärankareumapotilaista. Viimeksi mainitut olivat aineistossamme useammin miehiä ja noin 10 vuotta nuorempia kuin nivelreumapotilaat. Kummasakin diagnosiryhmässä koulutustaso oli matalampi kuin verrokeilla ($p < 0,001$). Nivelreumapotilaille kertyi seurantavuotia 123 595 (keskimääräinen seuranta-aika 6,6 vuotta) ja selkärankareumapotilaille 58 683 (7,2 vuotta) (taulukko 1).

Liitekuviassa 1 (artikkelin sähköisessä versiossa, www.laakarilehti.fi) > sisällysluettelot > 12/2019) esitetään potilaiden lukumäärät sai-

TAULUKKO 1.

Reumapotilaiden ja verrokkien sukupuoli, ikä ja koulutustaso

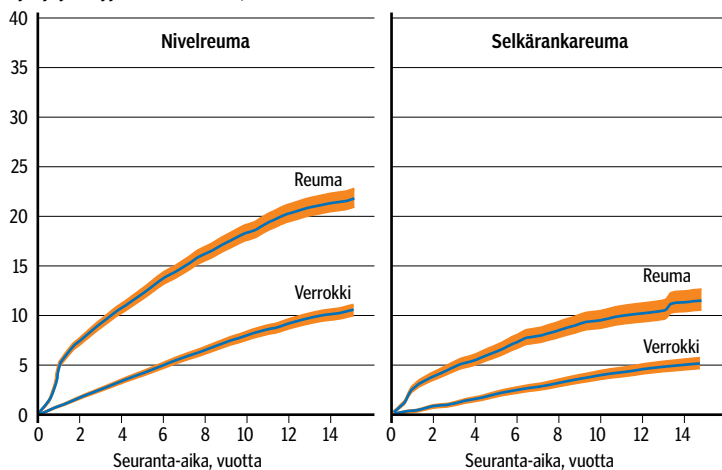
	Nivelreuma		Selkärankareuma	
	Potilaat n = 18 694	Verrokkit n = 55 890	Potilaat n = 8 169	Verrokkit n = 24 413
Naisia, %	68,7	68,7	48,3	48,3
Keski-ikä (SD)	48,7 (11,4)	48,7 (11,4)	37,6 (11,2)	37,6 (11,2)
Koulutustaso, %				
Perusaste	27,2	24,5	14,8	16,2
Keskiaste	56,8	55,8	60,9	56,9
Korkeakoulu	16,0	19,7	24,3	26,9

KUVIO 1.

Potilaiden ja verrokkien pysyvät työkyvyttömyyseläkkeet vuosina 2000–14

Harmaa alue kuvaa 95 %:n luottamusväliä.

Työkyvyttömyyden ilmaantuvuus, %



raanhoitopiireittäin. Kummassakin sairausryhmässä oli HUS:n potilaita noin neljäsosa.

Pysyväle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen
Nivel- ja selkärankareumapotilaiden todennäköisyys jäädä pysyväle työkyvyttömyyseläkkeelle oli odotetusti huomattavasti suurempi kuin verrokeilla (kuvio 1). Jyrkimmin työkyvyttömyyseläkkeelle jääminen lisääntyi potilailla ensimmäisen vuoden aikana. Kymmenessä vuodessa nivelreumaan sairastuneista eläköityi

18,3 % (verrokeista 8,0 %), ja selkärankareumaan sairastuneista 9,5 % (verrokeista 4,0 %).

Nivelreumapotilailla kaikkien pysyvien työkyvyttömyyseläkkeiden koulutusvakioitu riskitehtävien suhde (HR) verrokeihin nähden oli koko maassa 2,67 (95 %:n LV 2,53–2,82). Suhde kuitenkin vaihteli tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0,001$) sairaanhoitopiireittäin, ääripäinä Varsinais-Suomi (2,17) ja Keski-Pohjanmaa (3,40) (kuvio 2).

Vastaavasti selkärankareumapotilailla suhdeluku oli koko maassa 2,87 (2,57–3,20). Taustaväestöön verrattuna parhaiten työkykyisinä pysyivät Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin potilaat (HR 1,53) ja huonoiten Vaasan sairaanhoitopiirin potilaat (HR 8,77). Vaihtelu sairaanhoitopiireittäin oli myös selkärankareumapotilailla tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,001$). Kun nivel- ja selkärankareumapotilaat yhdistettiin, saatiin sairaanhoitopiirien järjestykseksi Varsinais-Suomi 2,31, Etelä-Karjala 2,37, Pohjois-Savo 2,38, Itä-Savo 2,48, Päijät-Häme 2,48, HUS 2,57, Keski-Suomi 2,59, Etelä-Pohjanmaa 2,74, Satakunta 2,84, Pohjois-Pohjanmaa 2,87, Kainuu 2,89, Lappi 2,90, Länsi-Pohja 2,91, Kanta-Häme 2,93, Pirkanmaa 3,07, Etelä-Savo 3,15, Kymenlaakso 3,15, Pohjois-Karjala 3,31, Keski-Pohjanmaa 3,63 ja Vaasa 4,68.

Työkyvyttömyyseläkkeet, joiden pääsyyinä oli reumasairaus

Reumahoidon vaikuttavuutta mittaa periaatteessa mistä tahansa syystä johtuvaa työkyvyttömyyttä spesifisemmin nimenomaan reumasairaudesta johtuva työkyvyttömyys. Tätä tulosta muuttajaa ei kuitenkaan voida vakioida taustaväestön suhteen, mikä vaikeuttaa tulosten tulkintaa, jos alueella on keskimääräistä enemmän (Itä- ja Pohjois-Suomi) tai vähemmän (Länsi- ja Etelä-Suomi) työkyvyttömyyttä.

Reuma oli pääsyyinä 66 %:ssa nivelreumapotilaiden 2 498 työkyvyttömyyseläkkeestä ja 55 %:ssa selkärankareumapotilaiden 609 työkyvyttömyyseläkkeestä. Kymmenessä vuodessa koko maassa nivelreumaan sairastuneista 12,0 % (95 %:n LV 11,4–12,6) joutui nivelreuman vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle ja selkärankareumaan sairastuneista vastaavasti 5,4 % (4,8–6,0) selkärankareuman vuoksi. Kuvio 3 esittää prosenttiosuudet sairaanhoitopiireittäin.

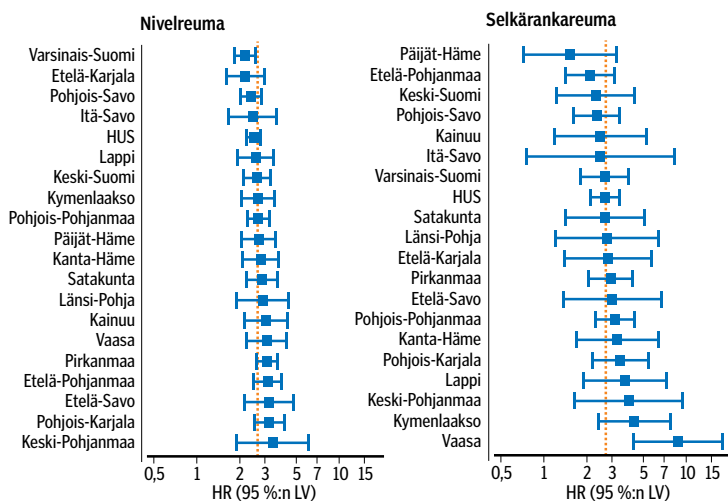
Kaikki työpäivien menetykset

Työkyvyn heikentyminen aiheuttaa jo ennen pysyvää eläköitymistä sairauslomia (sairauspäi-

KUVIO 2.

Pysyvän työkyvyttömyyseläkkeen riski sairaanhoitopiireittäin

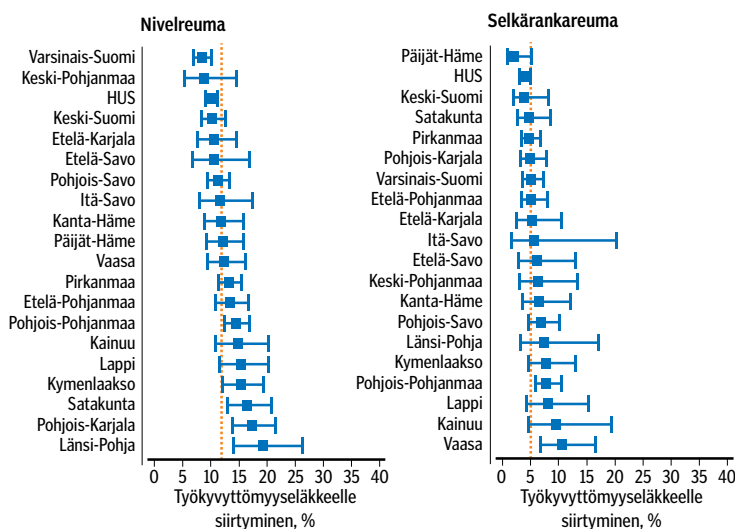
Riskitehtyksen suhde (HR) ja 95 %:n luottamusväli (LV) (koulutustasolla vakioituna) reumaan sairastuneilla verrattuna taustaväestöön sairaanhoitopiireissä vuosina 2000–14. Katkoviiva kuvaa riskiä koko maassa.



KUVIO 3.

Työkyvyttömyyseläkkeelle reuman vuoksi siirtyneiden osuudet sairaanhoitopiireittäin

10 vuoden kuluessa pysyvälle eläkkeelle siirtyneiden ikä-, sukupuoli- ja koulutusvakioituiden osuudet vuosina 2000–14 sairastuneista. Katkoviiva kuvaa koko maan tilannetta.



värahakaudet) ja kuntoutustukijaksoja ("määrä-aikaiset" työkyvyttömyyseläkkeet). Nivelreumapotilailla työkyvyttömyyspäivien kokonaismäärän mediaani oli 8 (interkvartaaliväli 0, 153) ja keskiarvo 66 (95 %:n LV 62–70) seurantavuotta kohden. Selkärankareumapotilailla vastaavat luvut olivat 3 (0, 38) ja 42 (38–46). Työkyvyttömyyspäivien määrissä taustaväestöön verrattuna oli odotetusti tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,001$) alueellisia eroja (kuviot 4). Toisin kuin eläkepäätösten, päivärahajaksojen kriteerit eivät ole yhteneviä, joten sairauslomien validiteetti potilaan toimintakyvyn ja siten hoitotuloksen mittarina on huonompi kuin työkyvyttömyyseläkkeiden.

Pohdinta

Tässä tutkimuksessa todettiin, että sairaanhoitopiirien välillä on tilastollisesti merkitseviä eroja nivel- ja selkärankareumaan sairastuneiden työkyvyttömyyden riskissä. Sairaanhoitopiirit, joilla on niukat resurssit, suoriutuivat työkyvyn ylläpidosta yleensä keskimääräistä huonommin. Tulokset kuvastanevat reumasairauksien hoitojärjestelmän tuloksellisuutta laajemminkin.

Työkyvyttömyyseläke on luotettava tulosmuuttaja, koska se myönnetään keskitetysti ja yhteneväisin perustein koko maassa, ja kaikilla ratkaisuun tyytymättömillä on yhtäläinen valitusoikeus. Alueellisesti vaihtelevien tekijöiden, kuten väestö- ja elinkeinorakenteen, työttömyyden ja käytettävissä olevien kuntoutusresurssien vaikutus tuloksiin pyrittiin tutkimuksessaamme minimoimaan vertaamalla potilaita heidän omaan taustaväestönsä.

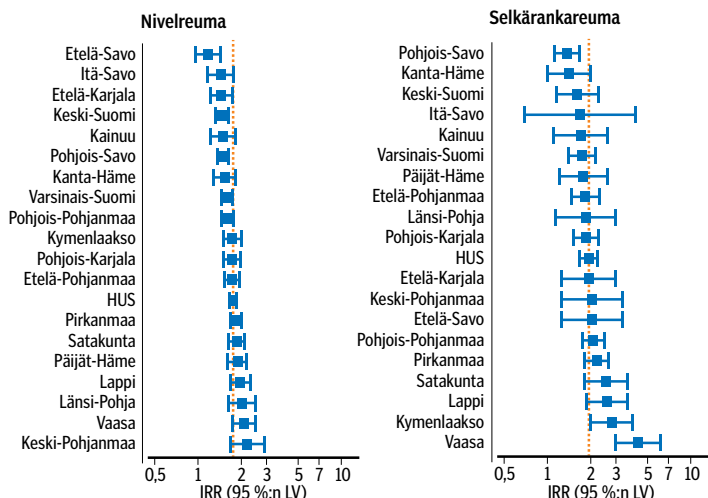
Tuoreessa nivelreumassa varhainen remissio ennustaa vahvasti työkyvyn säilymistä (7). Remissio on mahdollista saavuttaa jopa useimmilla potilailla, jos heille aloitetaan viipymättä monilääkehoito (8) ja heidät sitoutetaan hoitoon voimaannuttavan ohjauksen avulla. Hoitavan lääkärin puolestaan tulee olla sitoutunut remissioon pyrkivän "treat-to-target" hoidon mukaiseen seurantaan ja tarvittaessa ripeisiin lääkehoidon muutoksiin (9,10).

Biologisten lääkkeiden ottaminen käyttöön riittävän varhain parantaa työkykyennustetta (3,11,12). Hoidon laatutekijöissä, kuten jonotusajoissa, Käypä hoito -suositusten noudattamisessa ja sähköisen seurantatyökalun hyödyntämisessä (13), on ilmeisiä eroja sairaanhoitopiirien välillä.

KUVIO 4.

Työpäivien menetyksen suhteellinen riski

Vuosina 2000–14 sairastuneiden koulutustasovakioitu suhteellinen riski (IRR) verrokeihin nähden. Katkoviiva kuvaa koko maan tilannetta.



SIDONNAISUUDET

Kari Puolakka: Konsultointi (Abbvie, BMS, Eli Lilly, MSD, Novartis, Pfizer, Roche, Sanofi, UCB), apurahat (Pfizer, Valtion tutkimusrahoitus), luentopalkkiot (Roche, UCB), matkakulut (BMS, Pfizer, Roche). Vappu Rantalaiho: Apurahat (Tampereen Reumayhdistys), matkakulut (Pfizer, Celegene). Tuulikki Sokka-Isler: Konsultointi (DiaGraphIT, Eli Lilly, MSD, Novartis, Pfizer, Roche), asiantuntijalausunnat (Mundipharma, Novartis, Roche), apurahat laitokselle (Pfizer), luentopalkkiot (Abbvie, BMS, Celgene, MSD, Pfizer, Roche). Hannu Kautiainen, Lauri Virta, Maija Haanpää: Ei sidonnaisuuksia.

English summary

www.laakarilehti.fi
in english
Risk for work disability in patients with rheumatoid arthritis and spondyloarthritis varies markedly between health care districts in Finland

Muiden kuin itse reumasairauden aiheuttamien työkyvyttömyyseläkkeiden osuus oli tässä tutkimuksessa huomattava: nivelreumapotilailla noin kolmannes ja selkärankareumapotilailla lähes puolet. Seurantaan tulisi kuulla reumasairauden aktiivisuuden määrittämisen lisäksi (13) potilaan tilan kokonaisvaltaisempi arviointi (14) ja tulehduksellisiin reumasairauksiin liittyvien komorbiditeettien, etenkin sydän- ja verisuonitautien, ehkäisy ja hoito (15–17).

Jos sairaus rajoittaa työntekoa, hoitavan lääkärin tulee realistisesti ylläpitää toivoa terveydentilan kohentumisesta ja tukea potilasta pysymään työelämässä. Yhteistyö työterveyshuollon kanssa on oleellisen tärkeää. Työterveyslääkäri pystyy arvioimaan potilaan toimintakykyä suhteessa työn vaatimuksiin ja voi suositella tehtävänkuvan muutoksia tai ohjata potilaan ammatilliseen kuntoutukseen.

Sairauden vuoksi menetetyt työpäivät merkitsevät yhteiskunnalle huomattavaa taloudellista tappiota, jonka suuruutena voidaan pitää työntekijän bruttopalkkaa työnantajamaksuilla korotettuna (18). Nämä kustannukset eivät kohdistu sairaanhoitopiirien kuntainliittoihin ja saattavat osaoptimoinnissa jäädä huomioimatta. Mene-

TÄSTÄ ASIASTA TIEDETTIIN

- Reumapotilaiden työkyvyttömyyden riskiä voidaan pienentää tehokkaalla hoidolla ja ammatillisella kuntoutuksella.
- Suurimman erän nivel- ja selkärankareuman yhteiskunnalle aiheuttamista kustannuksista muodostavat tuotantopanosten menetykset.
- Alueellisista eroista potilaiden työkyvyttömyydessä ei ole aiempaa tietoa.

TÄMÄ TUTKIMUS OPETTI

- Reumapotilaiden työkyvyttömyyden riski vaihtelee merkittävästi sairaanhoitopiireittäin.
- Vaihtelu kuvastanee eroja hoidon ja kuntoutuksen laadussa. Säästöt hoitopanoksissa voivatkin myöhemmin kostaatua työkyvyttömyyskustannuksina.
- Huomattava osuus potilaiden työkyvyttömyyseläkkeistä aiheutuu muista syistä kuin itse reumasairaudesta.

tettyjen työpäivien määrät olivat tässä tutkimuksessa todellista pienemmät. Tämä johtui siitä, että alle 10 päivän mittaiset sairauslomata eivät tilastoidu, ellei kyseessä ole saman sairauden vuoksi 30 päivän kuluessa edellisestä sairauslomasta jatkuva työkyvyttömyys.

Potilaiden tiedot tähän tutkimukseen poimitiin Kelan erityiskorvausrekisteristä. Potilaiden identifiointia voidaan pitää luotettavana, koska erityiskorvauksen myöntäminen reumalääkeisiin perustuu reumatologin tai reumayksikössä toimivan lääkärin tutkimustensa perusteella laatimaan lausuntoon. Diagnoosi on kuitenkin kliininen eikä taudin luokittelukriteerien täytymistä edellytetä. Sairausryhmittäin tarkasteltuna sairaanhoitopiirien potilasmäärät poikkesivat väestömäärien mukaisesta järjestyksestä (liitekuviot 1), mitä voivat osin selittää erot väestörakenteesta. Kuitenkin myös potilaiden diagnosointi näyttää jossain määrin vaihtelevan alueittain (Puolakka K ym, vielä julkaisematon tutkimushavainto), joten potilasryhmät eivät olleet täysin vertailukelpoisia. Selkärankareumapotilaista tutkimuksessa oli mukana vain niitä, joille oli haettu ja myönnetty erityiskorvattavuus varsinaisiin reumalääkkeisiin. ●

Tutkimusta on rahoittanut HYKS:n erityisvastuualueen tutkimustoimikunta (HUS/2931/2017).

KARI PUOLAKKA

M.D., Ph.D., Adjunct Professor,
Specialist in Internal Medicine and
Rheumatology
Internal Medicine Outpatient
Clinic, South Karelia Central
Hospital.

HANNU KAUTIAINEN

VAPPU RANTALAIHO
LAURI VIRTÄ
TUULIKKI SOKKA-ISLER
MAIJA HAANPÄÄ

Risk for work disability in patients with rheumatoid arthritis and spondyloarthritis varies markedly between health care districts in Finland

BACKGROUND Rheumatoid arthritis (RA) and spondyloarthritis (SpA) tend to lead to decreased functional capacity and work disability (WD) if not effectively treated.

PATIENTS AND METHODS Individuals aged 18 to 64 years from 20 health care districts who were available to the workforce and developed RA or SpA between 1 January 2000 and 31 December 2014 were collected from the national medication reimbursement register. Three population controls were identified for each patient. All these people were followed up until 31 December 2015, or until retirement because of age, 65 years of age, or death, whichever occurred earlier, and WD pensions and all WD days were recorded.

RESULTS 18 694 patients with RA and 8 169 with SpA were found. Compared to the controls, hazard ratios (HR; adjusted for education level) for all permanent WD pensions in RA varied between districts from 2.17 to 3.40 ($p > 0.001$ for variance) and in SpA from 1.53 to 8.77 ($p > 0.001$). The incidence rate ratios (IRR) for all WD days varied from 1.19 to 2.24 in RA and from 1.37 to 4.31 in SpA.

CONCLUSION Marked regional inequality regarding maintenance of working capacity prevails in individuals with RA and SpA in Finland.

KIRJALLISUUTTA

- 1 Muilu P, Rantalaiho V, Kautiainen H, Virta LJ, Eriksson JG, Puolakka K. Increasing incidence and shift-ing profile of idiopathic inflammatory rheumatic diseases in adults during this millennium. *Clin Rheumatol* 2019;38:555–562.
- 2 Rantalaiho V, Kautiainen H, Järvenpää S ym. Decline in work disability caused by early rheumatoid arthritis: Results from a nationwide Finnish register 2000–8. *Ann Rheum Dis* 2013;72:672–7.
- 3 Kalkan A, Hallert E, Bernfort L, Husberg M, Carlsson P. Costs of rheumatoid arthritis during the period 1990–2010: a register-based cost-of-illness study in Sweden. *Rheumatology (Oxford)* 2014;53:153–60.
- 4 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Reumatologisen yhdistyksen asettama työryh-mä. Nivelreuma. Käypä hoito -suositus 8.6.2015. www.kaypahoito.fi
- 5 Sairausvakuutuslaki, 8 luku: Sairauspäiväraha ja osasairauspäiväraha 8.6.2006/459. www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224#O3L8
- 6 Työntekijän eläkelaki 19.5.2006/395, 35 § Oikeus työkyvyttömyyseläkkeeseen. www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20060395#O2L3P35
- 7 Puolakka K, Kautiainen H, Möttönen T ym. Early suppression of disease activity is essential for maintenance of work capacity in patients with recent-onset rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2005;52:36–41.
- 8 Leirisalo-Repo M, Kautiainen H, Laasonen L ym. Infliximab for 6 months added on combination therapy in early rheumatoid arthritis: 2-year results from an investigator-initiated, randomised, double-blind, placebo-controlled study (the NEO-RACo Study). *Ann Rheum Dis* 2013;72:851–7.
- 9 Rantalaiho V, Kautiainen H, Korpela M ym. Physicians' adherence to tight control treatment strate-gy and combination DMARD therapy are additively important for reaching remission and maintain-ing working ability in early rheumatoid arthritis: a subanalysis of the FIN-RACo trial. *Ann Rheum Dis* 2014;73:788–90.
- 10 Kuusalo LA, Puolakka KT, Kautiainen H ym. Intra-articular glucocorticoid injections should not be neglected in the remission targeted treatment of early rheumatoid arthritis: a post hoc analysis from the NEO-RACo trial. *Clin Exp Rheumatol* 2016;34:1038–1044.
- 11 Olofsson T, Petersson IF, Eriksson JK ym. Predictors of work disability after start of anti-TNF therapy in a national cohort of Swedish patients with rheumatoid arthritis: does early anti-TNF therapy bring patients back to work? *Ann Rheum Dis* 2017;76:1245–52.
- 12 Wallman JKA, Jöud AT, Olofsson T, Jacobsson LTH, Bliddal H, Kristensen LE. Work disability in non-radiographic axial spondyloarthritis patients before and after start of anti-TNF therapy: a popula-tion-based regional cohort study from southern Sweden. *Rheumatology (Oxford)* 2017;56:716–724.
- 13 Mäkinen H ja Sokka T. Nivelreuman aktiivisuusmittareiden hyödyntäminen potilaan hoidossa. *Suom Lääkäril* 2009;64:2183–2186.
- 14 Kuusalo L, Puolakka K, Kautiainen H ym. Patient-reported outcomes as predictors of remission in early rheumatoid arthritis patients treated with tight control treat-to-target approach. *Rheumatol Int* 2017;37:825–830.
- 15 Kerola AM, Kauppi MJ, Nieminen TV ym. Psychiatric and cardiovascular comorbidities as causes of long-term work disability among individuals with recent-onset rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 2015;44:87–92.
- 16 Nikiphorou E, Ramiro S, van der Heijde D ym. Association of comorbidities in spondyloarthritis with poor function, work disability, and quality of life: results from the assessment of SpondyloArthritis International Society comorbidities in spondyloarthritis study. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2018;70:1257–62.
- 17 Lauper K, Courvoisier DS, Chevallier P, Finckh A, Gabay C. Incidence and prevalence of major ad-verse cardiovascular events in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and axial spondyloarthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2018;70:1756–1763.
- 18 Puolakka K, Kautiainen H, Pekurinen M ym. Monetary value of lost productivity over a 5-year follow up in early rheumatoid arthritis estimated on the basis of official register data on patients' sickness absence and gross income. *Ann Rheum Dis* 2006;65:899–904.

LIITEKUVIO 1.

Potilaiden lukumäärät sairaanhoitopiireittäin

Aineistossa on mukana vuosina 2000–14 nivel- ja selkärankareuman vuoksi ensimmäisen kerran erityiskorvattavuuden reumalääkkeisiin saaneet työelämän käytettävissä olleet potilaat.

